

DISSERTATION

N° 183.

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

QUI SE MANIFESTENT

DANS LE COURS DE LA GROSSESSE,

LORS DU TRAVAIL DE L'ENFANTEMENT, ET A LA SUITE
DE L'ACCOUCHEMENT;

*Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 30 juillet 1827, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR JEAN-FRANÇOIS THOMASSIN, de Lunéville,

Département de la Meurthe.

Occasio præceps, judicium difficile.

Hipp, aph. 1.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.

MESSIEURS.

Anatomie.....	CRUVEILHIER, <i>Examineur.</i>
Physiologie.....	DUMÉRIL.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale.....	CLARION.
Pharmacologie.....	GUILBERT.
Hygiène.....	BERTIN.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN.
	{ ROUX, <i>Suppléant.</i>
Pathologie médicale.....	{ FIZEAU.
	{ FOUQUIER.
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON, <i>Président.</i>
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	DESORMEAUX, <i>Examineur.</i>
Clinique médicale.....	{ CAYOL.
	{ CHOMEL.
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale.....	{ BOUGON.
	{ BOYER.
Clinique d'accouchemens.....	DUPUYTREN, <i>Examineur.</i>
	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT,
LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS

MESSIEURS.

ANDRAL.	GIBERT.
ARVÈS.	GERDY.
BAUDELOCQUE.	KERGADEC.
BOUVIER.	LISFANC.
BRESCHET.	MAISONABE.
CLOQUET (Hippolyte).	PARENT DU CHATELET, <i>Suppléant.</i>
CLOQUET (Jules).	PAVET DE COURTEILLE.
DANCE.	RATHEAU.
DEVERGIE.	RICHARD.
DUBOIS, <i>Examineur.</i>	ROCHOUX.
GAUTHIER DE CLAUDEBY, <i>Examineur.</i>	RULLIER.
GÉRARDIN.	VELPEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES
DE MON AIEULE MATERNELLE.

Témoignage des plus vifs regrets.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

*Puissiez-vous agréer ce faible hommage comme l'assurance de
l'amour et de la reconnaissance éternels d'un fils qui doit à vos
propres bienfaits de pouvoir vous l'offrir !*

J.-F. TEOMASSIN

DISSERTATION

SUR

LES HÉMORRHAGIES UTÉRINES

QUI SE MANIFESTENT

DANS LE COURS DE LA GROSSESSE,

LORS DU TRAVAIL DE L'ENFANTEMENT, ET A LA SUITE
DE L'ACCOUCHEMENT.

DE toutes les maladies dont les femmes peuvent être affectées, l'hémorragie utérine qui survient pendant la grossesse, lors du travail de l'enfantement, et après l'exécution de cette fonction, est, sans contredit, une des plus redoutables, puisque, dans les deux premiers cas, elle peut coûter la vie à deux êtres à la fois. Les accoucheurs célèbres de tous les âges, trop souvent témoins de ses funestes effets, en ont fait l'objet de leurs méditations et de leurs veilles, et, malgré leurs travaux, nous avons souvent à gémir sur l'impuissance des moyens que l'art de guérir nous offre dans ces circonstances malheureuses pour les femmes et pénibles pour le médecin.

Mon sujet étant déjà très-vaste par lui-même, je m'abstiendrai de faire la description anatomique de l'utérus et du placenta; je ne dirai rien non plus de la circulation du fœtus. Je vais donc faire connaître en peu de mots la division que j'ai adoptée, et que je me propose de suivre.

Je distingue les hémorrhagies utérines, 1°. en celles qui se déclarent durant la grossesse; 2°. en celles qui ont lieu pendant le travail de l'accouchement; 3°. enfin en celles qui ne se manifestent qu'après la sortie du fœtus de la matrice.

Je les divise encore en *externes* ou *apparentes*, et en *internes* ou *cachées*.

Dans les premières, le sang s'écoule au-dehors; dans les secondes, ce fluide s'épanche, soit dans l'utérus, soit dans la cavité des membranes, soit enfin dans l'abdomen, comme dans le cas de rupture du fond ou d'un des côtés de la matrice.

De l'hémorrhagie utérine.

On doit entendre par hémorrhagie utérine, tout écoulement de sang hors des vaisseaux utérins, qui excède les bornes de la menstruation, ou qui a lieu hors le temps destiné à cette fonction. (M. le professeur *Desormeaux*, *Nouv. dict. de méd.*, t. 14, p. 286.)

Causes. Elles sont très-multipliées. Pour mettre dans leur exposé autant d'ordre que possible, je les diviserai en *predisposantes générales*, ou communes à toutes les hémorrhagies; en *predisposantes locales*, c'est-à-dire dont l'action se porte plus spécialement sur la matrice; enfin en *déterminantes*.

Les premières sont l'état pléthorique, un régime trop excitant, l'abus des spiritueux, les affections morales vives, enfin toutes celles relatives au régime et à la constitution. Parmi les secondes, dont quelques-unes peuvent, dans certains cas, devenir efficaces, on range l'usage des emménagogues, des purgatifs drastiques; les efforts de la

toux, du vomissement, la constipation, les ténesmes, l'abus du coït, une rétention d'urine, les bains chauds, les vêtemens trop serrés; des coups, des chutes sur les pieds, les genoux, le ventre; la danse, les sauts, l'exercice forcé à pied et à cheval ou dans une voiture mal suspendue, et roulant sur un sol raboteux; les violens efforts, la brièveté du cordon ombilical, son entortillement autour du cou, du corps, ou d'un membre de l'enfant. Au nombre des troisièmes, qui sont les plus importantes, on compte la rupture de ce cordon vasculaire ou de quelques-uns de ses vaisseaux; le décollement plus ou moins considérable du placenta, son implantation sur l'orifice utérin; le défaut de contraction ou l'inertie de la matrice, ses déchirures; la présence du délivre dans sa cavité après l'avortement ou l'accouchement à terme.

Diagnostic. Les pertes peuvent arriver indistinctement à toutes les époques de la grossesse; cependant elles sont plus fréquentes durant les trois premiers mois et vers la fin de la gestation.

Le diagnostic de l'hémorrhagie externe est facile; néanmoins il ne faut pas la confondre avec l'évacuation menstruelle. Il n'est pas rare, en effet, de voir des femmes qui sont réglées jusqu'à une époque plus ou moins avancée de la grossesse, et quelquefois même pendant toute sa durée. Aussi, pour prévenir cette méprise, qui pourrait avoir des suites fâcheuses, les auteurs donnent-ils des caractères pour en faire la distinction, et disent : les règles arrivent à des époques régulières, coulent en petite quantité, surviennent sans trouble, ou annoncées par de légers symptômes; le sang est clair et séreux, et non-seulement la femme n'en est point affaiblie, mais encore elle se trouve mieux à mesure que le dégorgement s'effectue. Ils ajoutent, que si quelquefois la perte se déclare lentement, si le sang sort goutte à goutte comme dans la menstruation, dans la plupart des cas elle est précédée ou accompagnée d'éréthisme, de douleurs dans les lombes ou dans la région hypogastrique; en outre, elle apparaît subitement et quand la femme n'attend pas ses règles; le sang sort par caillots; l'a-

bondance et la durée de cet écoulement n'ont rien de déterminé, et il est accompagné de faiblesse, de trouble dans les digestions, etc. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, ces signes ne sont donc pas d'une application rigoureuse. Cependant si cette évacuation se fait sans dérangement des fonctions, si elle est modérée, si elle paraît aux époques ordinaires de la menstruation, on la considérera comme l'écoulement menstruelle. Si, au contraire, ce flux sanguin se déclare subitement et avec abondance, s'il a lieu dans un moment autre que celui où les règles ont coutume de se manifester ; si en même temps il y a éréthisme, et que la femme ait été soumise à une cause de décollement du placenta, c'est une véritable hémorrhagie. Ce qui doit guider le médecin, dit M. le professeur Desormeaux, c'est l'abondance de l'écoulement.

La menstruation survenant chez une femme pléthorique, robuste, doit être respectée ; elle ne peut être qu'un dégorgement salutaire pour la mère et pour l'enfant. Il n'en serait pas de même chez les femmes faibles et habituellement peu réglées : cette évacuation les exposerait à l'avortement. C'est à ces dernières qu'il convient d'appliquer cet aphorisme d'HIPPOCRATE : *Si mulieri in utero gerenti purgationes multæ eant, fœtus ut bene valeat fieri non potest.* (Sect. 5. aph. 60). Celles-ci garderont le lit pendant tout le temps de la menstruation ; elles éviteront tout ce qui pourrait augmenter cet écoulement ; elles seront soumises à un régime fortifiant. Si elles sont irritables, on emploiera avec avantage les antispasmodiques.

Après avoir cherché à établir la différence du flux menstruel, et indiqué brièvement la conduite à tenir chez les femmes réglées pendant la gestation, je reviens à l'hémorrhagie apparente.

Dans cette variété, le sang sort de la vulve en quantité plus ou moins considérable ; l'écoulement est presque toujours précédé, accompagné ou suivi des signes de pléthore générale ou locale ; il coule lentement ou à flots ; tantôt il est vermeil ou fluide, tantôt il est coagulé ou noirâtre. Il s'arrête quelquefois pendant plusieurs heures, d'autres fois pendant quelques jours, pour reparaitre ensuite. La sortie

des caillots, dont la quantité varie, précède très-souvent la récursive ; la douleur que cause leur expulsion est proportionnelle à la résistance que leur offre le col plus ou moins dilaté, gonflé ou relâché. Alors on observe tous les phénomènes généraux des hémorrhagies : ainsi, la femme est dans un état de malaise et de faiblesse ; son visage est pâle, ses traits altérés, son pouls faible ; sa vue s'obscurcit ; arrive ensuite le bourdonnement des oreilles, et peu après se manifestent des syncopes. Tels sont les phénomènes de la perte venant du décollement partiel du placenta, implanté ailleurs que sur l'orifice.

Mais quand ce corps spongieux est appliqué sur cette partie de l'organe utérin, la perte est de l'essence de la gestation, et a des caractères particuliers. A mesure que le col s'efface, il perd ses rapports avec le placenta, des vaisseaux sont rompus ; de là, l'hémorrhagie qui s'annonce subitement sans être précédée de douleurs, et sans que la femme puisse en soupçonner la cause. C'est ordinairement dès le sixième ou septième, le plus souvent au huitième ou neuvième mois de la grossesse que se déclare cet écoulement sanguin. Si l'on vient à toucher, on sent l'orifice, dont les lèvres sont plus épaisses et plus molles que dans les cas ordinaires, occupé en partie ou en totalité par un corps mou, spongieux et se laissant facilement déprimer. L'hémorrhagie est d'abord peu abondante, et s'arrête d'elle-même ou à l'aide des moyens les plus simples. Bientôt elle reparait, mais elle dure plus long-temps et ne cède plus aussi facilement. Enfin, les récursives se succèdent, et vont avec une intensité et une durée toujours croissantes jusqu'au terme de l'accouchement.

Cette hémorrhagie est loin de suivre constamment la marche que je viens d'indiquer : dès la première récursive, elle peut quelquefois être assez considérable pour que la femme soit en danger. Assez souvent aussi elle ne se manifeste qu'au moment de la parturition ; ou bien elle survient une fois, s'arrête pour ne plus se déclarer qu'à cette époque. Dans le cas dont je parle, elle offre ceci de particulier : elle augmente pendant les contractions utérines, et diminue dans leurs intervalles ; tandis qu'au contraire, celle qui a lieu lorsque le placenta

est implanté sur un point de l'utérus autre que son orifice, et qu'il est décollé par son bord, coule avec plus d'intensité dans les intervalles des douleurs, et diminue dès que celles-ci se font sentir (M. *Gardien* et M. le professeur *Desormeaux*). M. *Capuron* dit au contraire dans ses leçons, et c'est le résultat de sa pratique, que l'écoulement est plus abondant dans l'intervalle des douleurs. M'étant, je crois, assez étendu sur le diagnostic de l'hémorrhagie externe, je passe maintenant à celui de l'interne, en m'occupant en même temps de ses causes.

Lorsque le délivre se décolle à son centre tandis que ses bords sont adhérens, le sang s'accumule entre ce corps spongieux et les parois utérines ; le placenta prend alors la forme d'un cul-de-lampe. Cette perte ne sera funeste qu'à l'enfant, si elle est peu abondante, en déterminant l'avortement, tandis qu'elle peut le devenir à la mère et au fœtus si elle est copieuse. Si le cordon ou quelque'un de ses vaisseaux est rompu, l'épanchement aura lieu dans la cavité des membranes. M. le professeur *Desormeaux* appelle cette dernière, *hémorrhagie fatale*. Alors, comme l'observe le même praticien, la matrice augmente sensiblement de volume, et d'une manière uniforme ; mais, dit-il, « si l'épanchement se fait hors des membranes, « derrière le placenta, et n'occupe qu'une portion de la cavité utérine, le développement de l'utérus a lieu d'une manière inégale, et « la surface externe de l'organe est comme partagée en deux globes « distincts. » (Nouv. Dict. de méd., t. 14, p. 309.) Quand il y a hémorrhagie par rupture du cordon, la femme éprouve un sentiment de pesanteur et de tension dans la région de la matrice. L'adhérence des membranes autour du col et le resserrement naturel de celui-ci peuvent, selon M. *Gardien*, s'opposer également au cours du sang. M. le professeur *Desormeaux* ne partage pas ces opinions et dit, en parlant de la première cause : « Je ne connais aucune observation qui le prouve rigoureusement. » A la seconde, il répond : « Je ne crois pas qu'il puisse jamais être assez contracté pour mettre obstacle à la sortie du sang. » Ce liquide trouvera encore un obstacle à sa sortie, quand, pendant le travail la tête de l'enfant viendra

s'appliquer sur l'orifice utérin ; il en sera de même quand , après l'expulsion du fœtus , un caillot ou le délivre détaché tombera sur cette partie de l'utérus. Des observations de *Baudelocque* et *Balme* prouvent qu'après la rupture de la poche , le col étant dilaté , il peut se faire un épanchement dans la matrice. Je dis , avec MM. *Gardien* et *Capuron* , que cela est difficile à concevoir , à moins que , comme je l'ai observé plus haut , la tête ou une autre partie de l'enfant ne soit appliquée sur l'orifice utérin.

Dans un mémoire qu'il a présenté à la Société de médecine , *Baudelocque* a parfaitement indiqué les signes à l'aide desquels on peut reconnaître ces épanchemens internes ; ce sont : la faiblesse de la femme , la pâleur et l'altération des traits de son visage , des syncopes fréquentes , la petitesse et la concentration du pouls , les bourdonnemens des oreilles , l'obscurcissement de la vue , des coliques sourdes dans le fond de la matrice avec un sentiment de pesanteur dans l'hypogastre , une sueur froide et visqueuse sur la face et la poitrine , le refroidissement des membres , la pâleur du corps. (*Cum parior fit sanguis in corpore , necesse est ipsum palladium esse. Hipp.*). Les syncopes et les convulsions arrivent bientôt après , et sont , le plus souvent , le présage de la mort. Si l'on porte la main sur la région hypogastrique , on la sent tuméfiée , pâteuse ; il semble que l'on palpe un linge mouillé , au lieu d'éprouver la sensation d'un corps dur et contracté. Dans la perte , suite de la rupture du cordon , il n'y a pas de douleur fixe et sourde dans le fond de l'utérus , comme dans celle qui a lieu dans la cavité proprement dite de cet organe. Si , lors de ces pertes , les douleurs de l'enfantement se manifestent , elles sont faibles et lentes , et s'éloignent à mesure que le sang s'épanche.

Ces hémorrhagies se font lentement ou avec rapidité ; dans le premier cas , il peut s'accumuler une très-grande quantité de sang dans la matrice sans que la femme s'aperçoive de son état ; elle éprouve même un certain bien-être qui l'invite au sommeil ; enfin elle peut arriver aux portes du tombeau avant qu'un accoucheur inattentif se

soit aperçu du danger qui la menace. Quelquefois cependant , dans cette circonstance , si la femme conserve des forces , la présence du sang provoque des contractions de la matrice , qui peuvent être suffisantes pour que l'accouchement se termine naturellement ; mais si la perte se fait avec rapidité , on observe les phénomènes que j'ai énumérés plus haut. Après ces hémorrhagies , l'obstacle ayant été déplacé , il s'échappe des caillots noirâtres , si l'épanchement est ancien ; du sang vermeil , s'il est récent. Si la perte siège derrière le placenta , elle ne deviendra manifeste qu'après la délivrance , et elle ne sera évidente qu'après la déchirure des membranes , si le sang y est contenu.

Prognostic. L'hémorrhagie utérine doit être regardée comme un accident très-grave , souvent funeste à la mère et à l'enfant. Le danger que court la femme est d'autant plus grand que la grossesse est plus avancée , et que la perte arrive peu de temps avant ou après l'accouchement. Suivant *Puzos* , elle est rarement mortelle quand elle paraît dans les trois premiers mois , et même avant le cinquième ; il ajoute qu'on peut souvent l'arrêter. Le fœtus , au contraire , risque d'autant plus que l'hémorrhagie a lieu à une époque plus rapprochée de la conception. Enfin elle peut causer la mort de la mère et de l'enfant , quand elle est considérable , et qu'elle se déclare pendant les trois derniers mois. Quelle que soit l'époque à laquelle elle se manifeste , elle n'est pas constamment mortelle ; on a vu des hémorrhagies survenir au quatrième , cinquième mois et plus tard , et être maîtrisées , les grossesses parcourir leurs périodes , et les mères mettre au jour des enfans bien portans. La fausse couche est à craindre quand l'hémorrhagie est intense , et que la femme est irritable. On aura à redouter l'éréthisme , et l'inflammation de l'utérus , quand des emménagogues actifs auront déterminé la perte. Celle qui dépend de l'implantation du placenta sur l'orifice utérin est fort dangereuse pour la mère et l'enfant , si la médecine ne vient promptement à leur secours. La gravité de cette circonstance est à son maximum quand le centre

du délivre répond au centre de l'orifice , quand il est peu décollé , et que la perte est intense , quand enfin la femme est faible et épuisée.

Malgré tout le danger qu'entraînent les pertes externes , les internes sont plus redoutables encore. Dans les premières , l'évacuation sanguine est souvent salutaire en faisant disparaître la pléthore générale ou locale , cause fréquente de ces pertes. Les secondes ne sont pas seulement plus terribles en ce qu'elles restent souvent ignorées , mais encore en ce que le sang , accumulé dans l'utérus , augmente la dilatation de cet organe , le dispose à l'inertie qui rend les hémorrhagies si effrayantes. « Ajoutez à cela , observe avec beaucoup de raison M. le professeur *Desormeaux* , que , pour arrêter l'hémorrhagie , il faut commencer par vider la matrice , et que cette déplétion subite peut déterminer l'inertie de l'organe ou un affaïsement funeste de l'économie. » (Nouv. Dict. de méd. , t. 14 , p. 510.) La perte qui est provoquée par l'inertie de la matrice , jointe à l'affaïsement général , est ordinairement mortelle ; le péril est moindre si l'inertie utérine existe seule ; il variera encore suivant la rapidité de l'écoulement du sang , sa quantité , la santé de la mère durant la gestation , son âge , sa constitution , et la cause déterminante de la perte. Il sera plus fâcheux s'il y a des syncopes et des convulsions. (*Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat , malum.* Hipp. , Aph. 56 , sect. 5.) Le seul moyen de sauver la mère et l'enfant , dans le cas où le sang s'est épanché dans la poche des eaux , c'est la terminaison de l'accouchement.

Traitement. Que l'hémorrhagie soit apparente ou cachée , bien que celle-ci soit plus dangereuse que la première , elle présente les mêmes indications. Chaque jour l'observation prouve qu'on peut maîtriser une perte causée par le décollement partiel du placenta , ainsi que le pensent *Puzos* et presque tous les accoucheurs. D'après l'observation de l'épouse de *Noortwyk* , rapportée par M. le professeur *Desormeaux* (Nouv. Dict. de méd. , t. 14) , il paraît que le délivre peut contracter de nouvelles adhérences avec l'utérus ; le plus souvent ,

cependant cela ne se passe pas ainsi ; aussi voit-on , après la délivrance , que la portion détachée est atrophiée et couverte de sang , ce qui ne peut arriver qu'après la cessation de l'écoulement. Quels sont donc les moyens de l'arrêter ?

Le traitement sera subordonné aux conditions dans lesquelles la femme se trouve ; ainsi le praticien tirera des lumières de son âge , sa constitution plus ou moins irritable , son idiosyncrasie , ses habitudes et dispositions malades , etc.

La femme est-elle jeune , pléthorique ; l'écoulement est-il peu abondant ? on la placera dans un appartement vaste , frais , modérément éclairé , loin de tout bruit ; elle sera couchée sur un matelas de crin , le bassin un peu plus élevé que le tronc , les cuisses et les jambes à demi-fléchies , on la couvrira légèrement ; de plus , on pratiquera des saignées du bras plus ou moins répétées ; à l'aide de ce dernier moyen , *Lauverjat* a conduit des grossesses à terme. En outre , elle évitera , autant que possible , les efforts que nécessitent la toux , le vomissement , l'action de cracher , de la défécation ; on entretiendra la liberté du ventre avec des lavemens ou de légers laxatifs ; de plus , la diète , les boissons délayantes , acidulées et astringentes devront être recommandées. Si la perte ne cède pas à ces moyens , il faut aider leur action par l'application sur l'hypogastre , les cuisses et les parties génitales , de compresses imbibées d'eau froide , d'oxycrat , et même de la glace pilée ; on peut encore asperger la figure de la malade avec le premier de ces deux liquides. *Galien* et *Alpinus* conseillent de faire des injections astringentes dans l'utérus ; mais , outre leur inefficacité , elles peuvent devenir nuisibles , en détachant un caillot.

A l'aide de ce traitement sagement combiné , l'hémorrhagie peut s'arrêter , un caillot se former , boucher les orifices des vaisseaux , qui se resserreront , et la grossesse avoir une heureuse terminaison. Mais l'on n'est pas toujours assez heureux pour obtenir un résultat aussi satisfaisant ; le plus souvent la perte continue , ce qui oblige d'avoir recours à des moyens plus énergiques , tels que les rubéfiants

sur les membres supérieurs , les bains chauds des mêmes parties , les ventouses sur les mamelles , d'après le conseil d'*Hippocrate* , qui s'exprime ainsi : *Mulieri si velis menstrua cohibere , cucurbitam quàm maximam appone.* (Aph. 5o , sect. 5.) Il est bon de faire remarquer que , si l'on emploie le vésicatoire , il faut le saupoudrer de camphre , pour empêcher l'action des cantharides sur la vessie , et , par extension , sur la matrice. Dans le cas de congestion locale , quelques sangsues seront de préférence appliquées à la vulve , et pourront dispenser de la saignée générale.

Mais si l'on a affaire à une femme affaiblie par des privations , des fatigues , des affections morales ou des maladies antérieures , etc. , on aura recours aux mêmes moyens que ci-dessus , si l'on en excepte la saignée et la diète , qui ne pourraient produire que de mauvais effets , et que l'on remplacera avantageusement par des fortifiants , une alimentation propre à faire renaître ses forces. Si en même temps elle est irritable , on pourra lui donner avec succès des antispasmodiques et des préparations opiacées.

Si , malgré tout ce que je viens de conseiller , l'hémorrhagie persévère ou devient plus copieuse , et si je ne puis espérer d'éviter l'avortement , il me reste une ressource dans le tamponnement , dont *Smellie* , *Pasta* et *Puzos* ont obtenu de si beaux succès , puisqu'ils disent qu'à son aide ils ont conduit des femmes à terme. Il a été surtout vanté par *Leroux* de Dijon , qui recommande de le mettre en usage , mais d'une manière trop exclusive. Il convient surtout dans les trois premiers mois de la grossesse , parce qu'alors les parois utérines peuvent résister à l'effort du sang. A une époque plus éloignée , surtout dans les trois derniers mois , il aura moins d'avantage , car l'utérus se laissera distendre plus facilement , et la perte , d'externe qu'elle était , pourra devenir interne. Cependant il ne sera pas sans utilité ; il s'opposera au cours trop rapide du sang , qui , sans lui , tuerait la femme avant qu'on ait eu le temps d'attendre la dilatation ou la dilatabilité suffisante du col , pour terminer l'acte de l'enfante-

ment ; mais alors il faut surveiller la femme , et examiner de temps en temps la région hypogastrique.

Dans le cas d'implantation du placenta sur le col , la perte étant inséparable de la gestation , le tampon est le seul moyen à lui opposer. Il n'expose pas , comme précédemment , à l'épanchement interne , et si quelquefois il a été inutile , il n'a jamais été nuisible. Ainsi on le mettra en usage , d'après ce précepte des anciens , *Melius est experiri remedium anceps quàm nullum* , avec attention de l'augmenter à mesure que le col se dilatera. Si l'on parvient à arrêter le sang , la femme sera soumise à la plupart des précautions indiquées ci-dessus. Quand tous les secours sont impuissans , on peut au moins attendre que le col soit dilaté ou dilatable , condition indispensable pour terminer l'accouchement.

Lorsque toutes les tentatives du médecin ont été infructueuses , principalement si les jours de la femme sont menacés , il n'a plus à espérer que de la terminaison de l'accouchement. Le moment où il convient d'opérer est celui où la femme commence à se décolorer , et conserve encore des forces , le col étant dilaté ou assez dilatable pour permettre l'introduction de la main et la sortie du fœtus. Si elle est épuisée , dans un état voisin de la mort , il faut néanmoins se hâter de mettre la main à l'œuvre ; car si toute chance est perdue pour la mère , il est encore possible que l'enfant soit sauvé. Il n'y a pas d'inconvénient à commencer un peu plus tôt ; au contraire , en temporisant , on s'expose à voir périr la femme pendant l'opération ou peu de temps après.

Dans les circonstances malheureuses dont il vient d'être question , les anciens , et surtout *Louise Bourgeois* , pratiquaient l'accouchement forcé , méthode dangereuse ; et qui n'est pas à comparer à celle du célèbre *Puzos* ; celle-ci est douce , se rapproche davantage de la manière d'agir de la nature , et doit être préférée toutes les fois qu'elle est praticable. D'ailleurs tous les bons praticiens en ont reconnu la supériorité , et l'ont adoptée. Elle consiste à introduire de temps en temps quelques doigts dans l'orifice utérin pour le dilater graduelle-

ment, tandis qu'on fait des frictions sur l'hypogastre; l'action de la matrice est mise en jeu, la poche se forme, et on la perce aussitôt qu'elle paraît, les eaux s'écoulent; dès-lors l'utérus se contracte, s'applique sur l'enfant, et peut, comme l'a observé *Puzos*, se débarrasser seul du produit de la conception, toutefois si la femme conserve assez de forces; sinon il faut faire la version du fœtus. Dans cette opération, on doit agir lentement, pour donner à la matrice le temps de revenir sur elle-même; une trop grande précipitation favoriserait la perte au lieu de la modérer. Pour obvier à cet accident, après avoir fait engager les fesses dans l'orifice, il est nécessaire d'attendre que l'utérus, revenu sur lui-même, les expulse, ou du moins qu'il se contracte assez pour qu'on puisse ensuite l'aider à se débarrasser.

Si la perte ne se manifeste qu'au moment où la tête, se présentant, est sur le point de franchir l'orifice de la matrice, il est encore possible de la repousser pour aller prendre les pieds; mais le forceps, dans ce cas, est préférable à la main: il sera d'une nécessité absolue si la tête a déjà franchi cet orifice.

La méthode du célèbre praticien que je viens de citer ne peut pas être mise en usage, 1°. dans le cas d'avortement, pendant les trois premiers mois surtout; car alors la délivrance pourra être impossible, l'étroitesse du col ne permettant pas à la main d'entrer dans la matrice; 2°. quand la perte est inquiétante et que le col n'est pas assez dilaté ni dilatable, quand il est dur; 3°. si, après l'écoulement des eaux, la perte continue avec la même violence; 4°. quand le placenta est implanté sur l'orifice du col.

Si l'hémorrhagie dépend de cette dernière cause, il faut décoller la partie du délivre qui est la moins adhérente, et aller chercher les pieds. On ne serait autorisé à percer cette masse spongieuse dans son centre qu'autant qu'on ne pourrait décoller ses bords; car, en agissant ainsi, on peut blesser quelques radicules des vaisseaux du cordon, et, d'un autre côté, les épaules du fœtus peuvent entraîner l'arrière-faix, qui, augmentant son volume, rendra le passage plus difficile. Quand la tête, appliquée sur le placenta, le pousse devant elle

à travers l'orifice, l'accouchement mécanique est préférable au manuel, si toutefois la nature ne se suffit pas à elle-même. Lorsque l'épanchement siège dans la cavité des membranes, il faut terminer l'accouchement le plus promptement possible:

Déchirure et rupture de l'utérus. Quelle qu'en soit la cause, c'est un accident très-grave. Le danger qui l'accompagne est beaucoup plus grand quand cette lésion a lieu sur le fond ou l'un des côtés de cet organe, que lorsqu'elle occupe le col. Dans le premier cas, l'enfant peut passer en partie ou en totalité dans l'abdomen, ainsi que les eaux, lorsqu'elle a lieu avant la rupture de la poche; il en est de même du sang provenant de cette lésion, et constituant presque toujours une hémorrhagie mortelle. Dans ces circonstances, la position de l'accoucheur est très-pénible; car, quel que soit le parti qu'il prenne, il sait d'avance que ses efforts seront probablement sans succès. Lorsque cet accident survient, l'enfant court de grands dangers; on a encore moins d'espoir de sauver la mère. Une terminaison funeste n'en est cependant pas toujours la suite nécessaire; il est des exemples de succès qui ne permettent pas de laisser la femme sans secours. L'indication est pressante; il faut se hâter de terminer l'accouchement, soit par les voies naturelles, soit par la gastrotomie. Le docteur *Franck* rapporte l'observation de cette opération pratiquée avec succès, le 9 août 1817, sur la région hypogastrique du côté gauche, par M. le professeur *Cecconi*, deux heures après la rupture de l'utérus. Le même auteur rapporte à cette occasion deux opérations de même nature faites avec succès par M. *Lambron*, célèbre chirurgien d'Orléans, la première fois, dix-huit heures après l'accident, et la seconde, deux heures après (Journ. univ. des sc. méd., t. 37, p. 366). Il existe plusieurs autres observations qui militent en faveur de cette opération, qui doit être pratiquée quand l'enfant sera passé en totalité dans la cavité péritonéale, la matrice étant revenue sur elle-même; car si elle reste dans l'état d'inertie, on pourra terminer l'accouchement par les voies naturelles, et, à l'appui de cette opinion,

se présente un fait dont MM. les professeurs *Roux*, *Deneux*, et MM. *Nauche* et *Gardien* furent témoins : le voici. « Il y a deux ans
« environ que la femme d'un charretier, rue Croix-des-Petits-Champs,
« éprouva une rupture de matrice : l'existence de cet accident ayant
« été constatée par tous les hommes de l'art qui avaient été convo-
« qués, on prépara tout ce qui est nécessaire pour pratiquer la gas-
« trotomie; cependant, avant d'y procéder, on résolut de pratiquer
« de nouveau le toucher, pour voir s'il ne serait pas possible de ten-
« ter l'extraction par la voie naturelle. Nous fûmes tous d'avis que la
« souplesse des bords de la crevasse pouvait permettre cette tentative
« sans inconvénient, attendu que les pieds se présentaient et étaient
« faciles à saisir. Nous étions bien décidés de renoncer à cette ma-
« nœuvre, si l'on éprouvait des difficultés; mais, à notre grand éton-
« nement, l'enfant fut amené avec autant de facilité que dans les cas
« ordinaires. La femme survécut plusieurs jours, et fit concevoir,
« pour un instant, quelque espoir de la sauver » (Grand Dict. des
sc. méd., art. *gastrotomie*). On conseille aussi de la pratiquer pour
donner issue au sang épanché.

Quand il y a seulement déchirure du col, ce qui arrive le plus sou-
vent, les accidens, quoique moins graves, peuvent cependant deven-
nir mortels. Il convient encore, comme dans les circonstances anté-
rieures, de vider la matrice, et si la crevasse n'est pas assez considé-
rable, on pourra l'agrandir. Lorsque la perte dépend de la lésion des
vaisseaux variqueux du col ou du vagin, il faut tamponner, en con-
servant un libre cours aux lochies.

Des pertes qui succèdent à l'accouchement.

Les hémorrhagies qui surviennent après la parturition sont dues à
un état pléthorique général ou local, à la rétention d'une portion ou
de la totalité du placenta ou d'un caillot dans l'utérus, à l'inertie de
ce même organe et à l'atonie générale, à un état de spasme général
ou local, enfin, à des déchirures de matrice survenues spontanément

ou à la suite de manœuvres imprudentes : la présence d'un second enfant peut aussi y donner lieu , ainsi que la dépression et le renversement de l'utérus.

Pléthore. Les pertes qui succèdent à l'enfantement peuvent être actives; elles arrivent aux femmes sanguines, à celles qui, pour hâter le travail ou la délivrance, prennent des liqueurs spiritueuses et une alimentation excitante; chez celles qui, pendant l'exécution de cette fonction, se trouvent dans un lieu très-chaud. Dans cette variété le poulx est plein, développé, la face et les yeux sont rouges; enfin tous les signes de pléthore existent. On recommandera le repos, l'habitation d'un lieu frais, etc. Le sang qui coule peut produire une déplétion suffisante, sinon on pratiquera une ou plusieurs saignées du bras selon la force du sujet; si la pléthore est locale, on appliquera des sangsues à la vulve pour opérer un dégorgement salutaire : les boissons tempérantes, acidulées seront administrées.

Quand, après la sortie du fœtus, le placenta ou une portion de ce corps ou des caillots provoquent et entretiennent une perte; si elle est abondante, il faut introduire la main dans l'utérus avec précaution, détacher le délivre, exciter les contractions de la matrice, si besoin est, puis extraire ce corps ou les caillots; mais si la perte est légère, il convient de confier la délivrance aux efforts de la nature, qu'on favorisera par des frictions; on l'aidera, si le col est contracté, avec des injections mucilagineuses, des préparations opiacées et les frictions avec l'extrait de belladone.

Inertie. L'inertie ou absence du ressort de la matrice est un accident très-fâcheux, surtout après la parturition; elle donne lieu, en général, à des hémorrhagies effrayantes. C'est dans ces circonstances malheureuses que le médecin doit garder son sang-froid et recourir avec promptitude aux moyens les plus efficaces. Alors l'hémorrhagie peut encore être apparente ou cachée; elle sera apparente si le col est béant, et s'il n'est bouché ni par un caillot, ni par le placenta dé-

collé ; au contraire , elle sera cachée si le col se resserre tandis que le fond a perdu sa contractilité, ou s'il existe sur l'orifice quelque corps qui s'oppose au cours du sang. Alors ce liquide , retenu dans la matrice , peut la dilater au point de lui rendre un volume égal et même supérieur à celui qu'elle avait avant l'accouchement , et la femme risque de perdre la vie si le médecin ne l'observe pas avec soin.

Les causes de l'inertie de matrice sont tout ce qui peut diminuer l'élasticité et la contractilité nécessaires au raccourcissement de ses fibres ; par exemple , la constitution lymphatique , la faiblesse du sujet déterminée par de longues maladies , des privations , des évacuations sanguines , des chagrins , de longs travaux , la distension de la matrice causée par la présence de deux enfans ou d'une grande quantité d'eau , un accouchement précipité : il est à noter que les femmes qui ont déjà éprouvé une perte par inertie dans un accouchement antérieur y sont plus exposées que d'autres.

On reconnaîtra ces hémorrhagies aux symptômes généraux que j'ai indiqués en parlant du diagnostic de celles qui ont lieu durant la grossesse. Cependant les syncopes ne sont pas toujours la suite d'une perte , car elles peuvent se manifester après un accouchement très-prompt : elles dépendent aussi quelquefois d'une affection hystérique. Quand , après la parturition , la matrice reste molle , volumineuse , l'hémorrhagie est à craindre , et il faut surveiller l'accouchée.

Traitement. Quand , après la sortie du fœtus , une hémorrhagie inquiétante se manifeste , il faut délivrer la femme : si le placenta est décollé , tirer sur le cordon s'il est assez fort , agacer le col avec les doigts ; s'il est encore adhérent , s'il y a des caillots dans l'utérus , il faut porter la main dans la cavité de cet organe , exciter ses contractions , détacher le délivre et attendre , pour la retirer avec le placenta et les caillots , que la matrice soit revenue sur elle-même : en même temps on frictionnera la région hypogastrique.

La délivrance opérée , si l'utérus restant dans l'état d'inertie , l'hémorrhagie continue ou se déclare seulement alors , il faut continuer

les frictions , placer l'accouchée dans un lieu frais et à l'air libre ; la coucher sur un matelas de crin , de manière que le bassin soit un peu plus élevé que le tronc ; on lui fera boire une verrée d'eau fraîche et même à la glace , moyen qui a quelquefois suffi. Si , en se conduisant ainsi , le sang continue de couler , on appliquera sur le ventre , les cuisses et les parties génitales des linges imbibés d'eau froide ou glacée , d'oxycrat et même de vinaigre pur. On aura encore recours aux injections de même nature faites dans la matrice ; mais on doit renoncer à celles faites avec les acides nitrique , sulfurique , et l'alcool rectifié , conseillées par *Alp. Leroy* et *Pasta* : elles sont dangereuses et peuvent causer la mort.

On a encore employé les douches froides sur le ventre , et *M. Lobstein* s'en est servi avec succès. Les vomitifs donnés à des doses fractionnées et souvent répétées sont , selon *Denmann* , un puissant moyen à opposer aux pertes , surtout quand , étant peu abondantes , elles sont continues. Dans les cas désespérés , on a conseillé d'étendre la femme sur le carreau , de lui verser des seaux d'eau glacée sur l'abdomen ; les bains froids , la glace pilée mêlée au sel marin , des linges trempés dans une dissolution de carbonate d'ammoniaque , des lavemens froids. *Leroux* , de Dijon , veut qu'on emploie le tampon avec la précaution de comprimer l'utérus pour l'empêcher de se laisser distendre par le sang. Ce tamponnement me paraît dangereux ; il vaudrait mieux employer une éponge imbibée d'oxycrat qu'on introduirait dans la matrice. On pourrait encore , et cette opinion n'est pas adoptée par *M. le professeur Desormeaux* , se servir , à l'exemple de *Rouget* , d'une vessie de cochon qu'on insufflerait d'air après son introduction. « Il serait préférable , dit *M. Gardien* , d'y injecter une liqueur froide , styptique. » Dans les langueurs des contractions utérines , le docteur *Balardini* (*Journ. univ. des sc. méd.* , t. 43 , p. 252) a employé le seigle ergoté en poudre ou pris dans du vin : il cite trois observations de succès ; il l'administre à la dose de vingt à trente grains , et observe que ce médicament pris dans de l'eau ou du bouillon est rejeté. *M. Prescott* l'a aussi mis en usage : sur vingt observa-

tions, il en est seize où cette substance a réussi. M. *Chaussier* n'a rien obtenu dans les essais qu'il a faits à la Maternité en 1818; mais il n'a pas produit d'accidens. M. le docteur *Goupil* en a aussi retiré des avantages (Journ. des progrès, t. III, p. 161). M. le docteur *Fabre*, de Marseille, a présenté des observations où il a employé avec efficacité, contre les pertes, l'acétate de morphine donné sous forme de sirop : il en fait prendre successivement par jour trois, quatre, cinq, six et huit cuillerées à café (Journal univers. des scienc. méd., t. 43, p. 254).

Pour aider ces différens moyens, on fait prendre ordinairement pendant l'hémorrhagie une limonade froide et des boissons à la glace; pour prévenir les récidives, une tisane aiguisée avec quelques gouttes d'acide sulfurique, d'eau de *Rabel* ou une boisson alumineuse. Lorsqu'il y a inertie, *Van-Swiëten* et *Plench* assurent avoir employé avec le plus grand succès la teinture de canelle, dont le second prescrivait tous les quarts-d'heure deux cuillerées : il dit l'avoir mis en usage efficacement plus de deux cents fois. *Van-Swiëten* y mêlait de l'eau de mélisse et de menthe; *Leacke*, la décoction de quinquina.

L'on voit quelquefois que l'inertie résiste à tous les stimulans; d'autres fois la matrice, cédant à ces agens, revient sur elle-même pour retomber de nouveau dans l'inertie aussitôt que l'action de ces moyens n'agit plus.

« Dans ces deux espèces de cas, M. *Evrat*, praticien distingué de Paris, a imaginé de porter dans la matrice un citron écorcé, espérant que l'acide citrique qu'on exprime en pressant le citron entre les doigts, lancé de toutes parts sur les parois utérines, les excitera à se contracter plus énergiquement qu'aucun autre stimulant, et que le même citron, resté dans la cavité de l'utérus, continuera de laisser échapper de ses cellulosités le suc qu'il contient, jusqu'à ce que la matrice l'expulse en achevant de se resserrer. Il rapporte plusieurs observations qui semblent concluantes en faveur de ce moyen. (Nouv. Dict. de méd., t. 14, p. 318.) »

Quand il y a grossesse double , si , après la sortie d'un des fœtus , il y a une perte , il faut vider la matrice et exciter ses contractions.

L'hémorrhagietient-elle au r sserrement spasmodique du col ? On soumettra les parties génitales de la femme à la vapeur d'une décoction émolliente ; de plus , on fera autour du col des onctions avec l'extrait de belladone.

Quand il y a dilatation partielle de la matrice, le délivre embrassé par la partie non contractée, peut causer une perte ; il faut l'extraire le plus tôt possible.

Que penser de la transfusion du sang , qui récemment a été couronnée de succès en Angleterre , c'est au moins ce que prouvent les trois observations de MM. *Waller* et *Doubleday*, consignées dans les Archives générales de médecine , années 1825 , p. 562 ; et 1826 , p. 290. Chez la première femme , d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique, quatre onces de sang furent injectées par une des veines du bras. Chez la seconde, âgée de vingt-neuf ans, d'une forte constitution, on injecta quatorze onces de sang. Enfin, on en injecta chez la troisième six onces cinq gros.

D'après ces faits , je crois pouvoir penser que cette opération peut être tentée avec quelque espoir, toutes les fois que la femme n'ayant pu obtenir d'amélioration de tous les autres moyens, sera tellement épuisée , qu'il ne sera plus permis de compter sur sa guérison.

Dépression et renversement de l'utérus. Il existe à des degrés différents. Il peut y avoir simplement une dépression ; la matrice formera alors une espèce de godet supérieurement , et une saillie plus ou moins prononcée dans sa cavité. Le second degré est le renversement incomplet ; le fond de cet organe appuie sur l'orifice du col ou tend à s'y engager ; dans le troisième degré , le renversement est complet , le fond de l'utérus se présente dans le vagin , quelquefois même hors de la vulve.

Cet accident, qui donne souvent lieu à des pertes de sang , se manifeste le plus souvent aussitôt ou peu après la sortie du fœtus , et

quelquefois pendant l'accouchement , et reconnaît ordinairement pour cause l'inertie de la matrice , surtout si , pour hâter la délivrance , on exerce des tractions trop fortes sur le cordon avant le décollement du placenta. L'utérus n'ayant plus de ressort , cédera aux efforts des contractions du diaphragme , des muscles abdominaux , même à son propre poids et se déprimera ; puis , par degrés insensibles , le renversement pourra s'effectuer. La brièveté du cordon , des coups , des chutes sur le ventre , la situation verticale pendant l'enfantement , peuvent aussi la causer.

En portant la main sur l'hypogastre , au lieu de trouver le globe utérin contracté , on sent une dépression placée entre deux rebords , quelquefois un vide complet , suivant le degré du renversement : le doigt , introduit dans le vagin , sent une tumeur sphérique plus ou moins près du col dans la dépression , tendant à s'engager dans cet orifice lorsque le renversement est incomplet ; enfin , elle sera dans le vagin ou hors de la vulve quand il sera au troisième degré. Dans cette dernière variété , la tumeur forme un cône à base inférieure , circonscrit par un bourrelet formé par le col ; elle est reconnaissable à sa souplesse , sa réductibilité et sa régularité. Le sang ne coule pas tant que la placenta est adhérent ; mais une fois qu'il est décollé , ce fluide ruisselle de toute la surface de la tumeur , quelquefois en assez grande abondance pour mettre la femme en grand danger , si on ne s'empresse de la secourir. Le médecin ne sera pas sans inquiétude , si le sang ne coulant qu'en petite quantité , le sujet est très-faible. Quand l'accouchée n'est pas victime de ce flux sanguin , la perte s'arrête spontanément si l'utérus se contracte , pour reparaitre de nouveau ; enfin elle peut durer ainsi long - temps , et même pendant toute la vie.

Quand il y a simplement dépression , la femme éprouve seulement des douleurs dans les lombes , du tiraillement d'estomac ; mais quand il y a renversement complet et qu'il s'est fait brusquement ; le col se contractant sur la partie qui s'y est engagée , les douleurs sont déchirantes , et il peut en résulter des syncopes et des convulsions , dont

les fréquentes récidives effraient. Ces douleurs ne sont souvent autre chose que les tranchées qui ont lieu dans les premiers jours des couches.

Lorsqu'il y a dépression, il suffit quelquefois d'exciter les contractions utérines pour qu'elles disparaissent ; mais si pendant ces tentatives la dépression augmente, il faut, comme dans le cas de renversement incomplet, introduire la main dans la matrice et réveiller sa contractilité. Si le délivre est décollé, la récidive est moins à craindre.

Si le renversement a lieu au troisième degré, et que le placenta soit adhérent, il convient de le décoller pour réduire ensuite. Il faut opérer le plus promptement possible ; car quelques heures après, l'engorgement inflammatoire produit par le resserrement du col s'y opposerait ; il faudrait alors attendre que le dégorgement s'effectuât, ce qui arrive au bout de quelques jours, après quoi on réitérera les tentatives de réduction. Il est prudent d'agir avec douceur et précaution ; il vaut mieux essayer plusieurs fois que d'opérer avec violence, car on ferait naître des douleurs atroces, des syncopes, des convulsions. Quand la sensibilité est diminuée, la tumeur dégorgée, souple, et que le col est relâché, il est plus facile de réduire. Dans les intervalles des essais, on soutiendra la tumeur avec un pessaire, s'il n'y a pas trop de sensibilité. *Baudelocque* a réduit la matrice au huitième jour de renversement sur la femme d'un vigneron.

Quant à la *déchirure*, je ne répéterai pas ce que j'ai dit plus haut.

I^{re}. OBS. M. . . . , âgée de trente-sept ans environ, ouvrière, demeurant à Paris, déjà mère de plusieurs enfans, d'un tempérament éminemment pléthorique, fut prise, au moment du travail, d'une hémorrhagie assez abondante, qui survint sans cause connue et sans être précédée de douleur. Suivant le rapport de la malade, cette perte ne s'était point manifestée durant le cours de la grossesse, qui, du reste, n'avait présenté rien de remarquable. Un médecin, mandé

près de la malade pour parer à cet accident, après avoir mis en usage les réfrigérans à la partie interne des cuisses et sur l'hypogastre, recommanda le repos le plus absolu, le séjour au lit et quelques boissons acidules. La perte s'arrêta pendant quelque temps; mais elle reparut bientôt, la malade ayant eu l'imprudence de se livrer à l'acte du coït. Son médecin étant revenu, pratiqua le toucher, et reconnut que la perte dépendait de l'implantation du placenta sur l'orifice utérin; il crut alors ne devoir rien entreprendre, et recourir aux lumières de M. le professeur *Capuron*, que j'accompagnai chez cette personne. Ce praticien, après avoir examiné l'état des parties, trouva que la tête de l'enfant se présentait au détroit supérieur, et que le placenta était implanté sur l'orifice de la matrice, s'engageant entre le col et la tête du fœtus. M. . . , suivant le rapport de son médecin ordinaire, ayant perdu une assez grande quantité de sang, et l'orifice du col étant dilaté de la grandeur d'une pièce de trois francs tout au plus, M. *Capuron* pensa qu'il fallait tamponner, afin d'arrêter la perte et obtenir l'ultérieure dilatation de l'orifice de la matrice, nécessaire pour pratiquer la version de l'enfant. L'avis de M. *Capuron* fut suivi, et l'hémorrhagie s'arrêta; les douleurs se ralentirent; mais, au bout de quelques heures, elles reparurent avec plus d'intensité, et expulsèrent le tampon avec quelques caillots de sang. Le médecin ordinaire, qui n'avait pas quitté la femme, toucha de nouveau, et reconnut que la tête du fœtus était descendue dans l'excavation du bassin, précédée par le placenta qu'elle comprimait. Aussitôt il renouvela le tampon, mais d'une manière assez peu rationnelle, et fit mander de nouveau le célèbre accoucheur que j'ai cité plus haut, pensant qu'il était convenable de terminer l'accouchement avec le forceps. Quand il fut arrivé, ce professeur fut obligé pour toucher, de retirer les divers petits tampons qui remplissaient le vagin, et reconnut que la tête était presque descendue au détroit inférieur, et précédée par le placenta, qui la coiffait. Il crut qu'il convenait d'abandonner l'accouchement à la nature; la femme, poussant avec assez de force, et faisant avancer à

chaque douleur la tête de l'enfant , qui ne tarda pas à franchir le détroit inférieur avec le délivre. Le fœtus était mort et dans un état d'anémie ; la section du cordon ne fournit pas de sang. L'accouchement ne fut pas suivi d'hémorrhagie. M..... fut mise dans son lit, eut des suites de couches qui n'ont rien présenté de particulier ; la convalescence ne tarda pas à faire place à une parfaite santé.

II^e. OBS. Madame Q., âgée de trente-deux ans, enceinte pour la quatrième fois, d'une constitution faible et délicate, extrêmement nerveuse, accoucha à huit mois (dernière grossesse) d'un enfant chétif, qui ne vécut que six semaines. L'avortement fut annoncé et précédé par des douleurs dans les lombes ; le travail marcha rapidement, et l'accouchement fut prompt et facile ; mais une hémorrhagie interne, que l'on parvint à arrêter par l'introduction de la main dans la cavité utérine, mit la malade à deux doigts de sa perte. A la suite de cet accouchement, madame Q... eut, pendant plusieurs mois, un catharre pulmonaire, une gastro-entérite et un catharre utérin chronique, que l'on combattit avec succès, sauf l'irritation de l'estomac, par les moyens conseillés en tels cas, et l'air de la campagne. En juillet 1826, l'embonpoint avait reparu. De retour à Paris, elle devint presque aussitôt enceinte ; la grossesse ne présenta rien de particulier, si ce n'est une fièvre intermittente, qui, s'étant déclarée vers la fin du mois de janvier, céda, le 8 février, à l'emploi du sulfate de quinine. A cette époque, la malade accusa un abondant écoulement de sang par le vagin, puis des douleurs dans les lombes et dans l'hypogastre ; celles-ci cessent bientôt pour reparaître quelque temps après. L'hémorrhagie est plus abondante pendant leur durée, que lors de leurs intervalles. Le toucher ne laisse atteindre qu'un col épais, dur et presque fermé. L'hémorrhagie, quoique modérée, persiste, malgré l'emploi des moyens généraux recommandés en pareils cas. A six heures du soir, le col ayant le diamètre d'une pièce de deux francs, il fut possible de reconnaître que le placenta était implanté sur l'orifice du col ; alors le tampon-

nement fut pratiqué ; et , pour soutenir les forces de la femme , déjà très-affaiblies , on lui permet de légers consommés et un peu de vin généreux. Les douleurs cessent et la perte s'arrête. Madame Q. . . . passe la nuit du 9 au 10 sur le lit de misère , exposée à un air frais. Le 10, elle est replacée dans son lit , et n'éprouve que quelques légères douleurs. Du 11 au 17, le tampon est expulsé ; d'ailleurs , même état. Le 18, à six heures du matin , augmentation des douleurs ; suintement d'une sérosité sanguinolente ; le toucher , pratiqué pour la deuxième fois , fait reconnaître que la poche des eaux est formée , et qu'une partie du placenta , décollé , est appliquée sur la lèvre postérieure. A huit heures , l'accouchement se termine spontanément ; mais l'enfant est mort et est à moitié putréfié. La mère ne l'avait pas senti remuer depuis le commencement de la perte. Nul accident n'est venu troubler les suites de couches. Seulement madame Q. . . a éprouvé pendant huit jours de violentes tranchées : la convalescence a été prompte ; et cette dame ne tarda pas à jouir d'une bonne santé.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISSET).

I.

Mulier in utero gerens , sectâ venâ , abortit ; et magis , si major fuerit fœtus. *Sect. 5 , aph. 31.*

II.

Cùm morbus in vigore fuerit , tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect. 1 , aph. 8.*

III.

Mulieri , mēstruis deficientibus , è naribus sanguinem fluere , bonum. *Sect. 5 , aph. 33.*

IV.

Qui sanguinem spumosum expuunt , his ex pulmone talis rejectio fit. *Ibid. , aph. 13.*

V.

Quibus os uteri durum est , his necesse est os uteri clausum esse. *Ibid. , aph. 54.*

VI.

A pleuritide peripneumonia , malum. *Sect. 5 , aph. 11.*